

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 180

---

ROLE  
DU  
CHIRURGIEN ET DU PROTHÉSISTE  
DANS LES  
RESTAURATIONS DES PERTES  
DE SUBSTANCE DU NEZ

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 Avril 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ FÉROT

Né à Soissons, le 6 Juillet 1892



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

---

1920



ROLE DU CHIRURGIEN ET DU PROTHÉSISTE  
DANS LES  
RESTAURATIONS DES PERTES DE SUBSTANCE DU NEZ



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

ROLE  
DU  
CHIRURGIEN ET DU PROTHÉSISTE  
DANS LES  
RESTAURATIONS DES PERTES  
DE SUBSTANCE DU NEZ



---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 Avril 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ FÉROT

Né à Soissons, le 6 Juillet 1892



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

—  
1920

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. . . . . DOYEN  
J. LÉPINE. . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE  
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).

## PROFESSEURS

|                                                              |                |
|--------------------------------------------------------------|----------------|
| Cliniques médicales . . . . .                                | MM. TEISSIER.  |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                            | ROQUE.         |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .              | BARD.          |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                            | TIXIER.        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .    | BÉRARD.        |
| Clinique des maladies mentales . . . . .                     | FABRE.         |
| Clinique des maladies des enfants. . . . .                   | ROLLET.        |
| Clinique des maladies des femmes . . . . .                   | NICOLAS.       |
| Physique biologique. Radiologie et Physiothérapie, . . . . . | LÉPINE (J).    |
| Chimie biologique . . . . .                                  | WEILL.         |
| Chimie organique et toxicologie . . . . .                    | POLLOSSON (A). |
| Matière médicale et Botanique. . . . .                       | CLUZET.        |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .       | HUGOUNENQ.     |
| Anatomie . . . . .                                           | MOREL.         |
| Anatomie générale et Histologie . . . . .                    | MOREAU.        |
| Physiologie . . . . .                                        | GUIART.        |
| Pathologie interne . . . . .                                 | LATARJET.      |
| Pathologie et Thérapeutique générales . . . . .              | POLICARD.      |
| Anatomie pathologique . . . . .                              | DOYON.         |
| Médecine opératoire . . . . .                                | COLLET.        |
| Médecine expérimentale et comparée . . . . .                 | MOURIQUAND.    |
| Médecine légale . . . . .                                    | PAVIOT.        |
| Hygiène. . . . .                                             | X.             |
| Thérapeutique . . . . .                                      | ARLOING (F.).  |
| Pharmacologie . . . . .                                      | ET. MARTIN.    |
|                                                              | COURMONT (P.)  |
|                                                              | PIC.           |
|                                                              | FLORENCE.      |

## PROFESSEURS ADJOINTS

|                                                      |              |
|------------------------------------------------------|--------------|
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx . . . . . | MM. LANNOIS. |
| Pathologie externe . . . . .                         | VALLAS.      |
| Maladies des voies urinaires . . . . .               | ROCHET.      |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                   |                 |        |
|---------------------------------------------------|-----------------|--------|
| Chimie minérale. . . . .                          | MM. BARRAL,     | agrégé |
| Propédeutique et gynécologie . . . . .            | CONDAMIN,       | —      |
| Chirurgie infantile. . . . .                      | NOVE-JOSSERAND, | —      |
| Accouchements . . . . .                           | COMMANDEUR,     | —      |
| Embryologie . . . . .                             | X.              | —      |
| Anatomie topographique. . . . .                   | PATEL,          | —      |
| Botanique . . . . .                               | BRETIN,         | —      |
| Chirurgie expérimentale . . . . .                 | VILLARD         | —      |
| Clinique infantile . . . . .                      | X.              | —      |
| Déontologie et médecine professionnelle . . . . . | X.              | —      |

## AGRÉGÉS

|                                                                              |                                                                                |                                                                        |                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM.<br>BARRAL<br>COMMANDEUR<br>NEVEU-LEMAIRE<br>LAROYENNE<br>VORON<br>NOGIER | MM.<br>BRETIN<br>LERICHE<br>THEVENOT Léon<br>TAVERNIER.<br>CADE.<br>GUILLEMARD | MM.<br>GARIN<br>SAVY<br>FROMENT<br>THEVENOT (Lucien)<br>PIERY<br>COTTE | MM.<br>DUROUX<br>chargés des fonctions :<br>BONNAMOUR,<br>SARVONAT,<br>FAVRE,<br>ROUBIER. |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|

M. BAYLE, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.  
COLLET, président ; VILLARD, assesseur ; LERICHE, DUROUX, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE  
DE MON PERE ET DE MA SOEUR

A MA MERE

A MA FEMME

A MON FILS

A MON ONCLE, LE GÉNÉRAL VERILLON  
*Commandeur de la Légion d'Honneur*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET

A qui j'adresse mes plus  
sincères remerciements pour le  
grand honneur qu'il a bien voulu  
me faire en acceptant la prési-  
dence de cette thèse.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES  
DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE PARIS ET DE LYON

A MONSIEUR LE DOCTEUR PONT  
*Directeur de l'Ecole Dentaire de Lyon*  
*Médecin Chef du Centre de Restauration Maxillo-Facial*  
*de la XIV<sup>e</sup> Région*  
*Chevalier de la Légion d'Honneur*

Le bienveillant accueil qu'il me fit toujours dans son service, les conseils qu'il ne cessa de me prodiguer, après m'avoir inspiré le sujet de cette thèse, laisseront dans ma pensée un souvenir ineffaçable. Je le prie donc de bien vouloir accepter la dédicace de ce travail en témoignage de ma profonde gratitude.

A LA MÉMOIRE DE MES COMPAGNONS D'ARMES  
TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR  
EN PARTICULIER, A CELLE DE MON CAMARADE  
ANDRÉ ROSHEM

A MES CHEFS ET AMIS DU 201<sup>e</sup> RÉGIMENT D'INFANTERIE  
AUX INFIRMIERS ET BRANCARDIERS DU 5<sup>e</sup> BATAILLON

Braves amis, vous avez été  
pour moi une vraie famille dont  
l'affection me fut si chère aux  
jours d'angoisse et de deuil.  
Puisse le souvenir de vos qua-  
lités d'abnégation et de bonté,  
me guider toujours dans la car-  
rière qui s'ouvre devant moi.

## Introduction

---

*Lorsqu'un praticien sera consulté pour un cas de perte de substance du nez et qu'il devra conseiller à son malade un mode de restauration, s'il ne s'est jamais spécialement adonné à cette étude, il sera certes fort embarrassé. Les méthodes ne manquent pas. J'oserai même dire qu'il y en a de trop. En choisir une qui puisse s'adapter au cas présent n'est possible que lorsqu'on a élagué une grosse part des divers procédés qui ont pour but de réparer les pertes de substance du nez.*

*Les années de guerre que nous venons de vivre auront été fort utiles à ce point de vue. Les blessures par arme à feu ont fourni malheureusement une ample moisson de blessés de la face sur lesquels, tant nos chirurgiens que nos prothésistes, ont pu exercer leur talent et arriver à sélectionner les meilleures méthodes de restauration faciale. Les centres de chirurgie maxillo-faciale, organisés dans nos régions, auront permis, par leur énorme labeur, de voir clair dans cette question qui, au premier abord, semble si confuse. Comment refaire une figure à un individu que la mitraille a défiguré ? La question qui*

nous intéresse, je veux dire la restauration du nez, avait, déjà avant la guerre, été magistralement décrite dans l'œuvre de NÉLATON et OMBREDANNE (20). Les diverses méthodes s'appliquant à des cas bien déterminés y sont réglées d'avance, dans tous leurs détails. L'œuvre des centres de restauration maxillo-faciale aura complété celle de NÉLATON et OMBREDANNE, car les blessures de guerre, à cause de leurs variétés et de leur étendue, n'ont pas toujours pu être classées rigoureusement, dans une subdivision du cadre que nous ont proposé les auteurs précités. Le plus souvent le travail du chirurgien sera un véritable jeu de patience, comme le fait remarquer MORESTIN, dans sa communication à l'Académie de Médecine.

Une des premières causes de perte de substance du nez sera donc constituée par les blessures par armes à feu, qui, si elle étaient très fréquentes durant ces dernières années de guerre, céderont maintenant le pas aux ulcérations syphilitiques ou tuberculeuses. Le lupus est, en effet, un des plus grands ennemis de notre appendice nasal. Les néoplasmes, les brûlures par le feu, les projections d'acide, doivent aussi être signalés. Citons également les ulcérations de la fièvre typhoïde, celles des ouvriers travaillant dans le sulfure de carbone (4), bien que ces deux dernières causes rentrent pour peu de chose dans l'étiologie des pertes de substance du nez.

Voilà donc les agents provocateurs. Que vont-ils faire? Ils agiront de deux façons; et produiront une destruction totale de l'organe, ou une destruction

partielle, pouvant porter sur la narine, le lobule, la sous-cloison, le dos ou versant du nez.

En présence de semblables lésions, quel remède apporter? Nous en avons deux à notre disposition : La Rhinoplastie et la Prothèse nasale. La Rhinoplastie est une opération chirurgicale qui consiste à re-juire le nez au moyen de matériaux empruntés à notre organisme. La Prothèse nasale est l'art de remplacer le nez à l'aide d'appareils. La question qui se posera donc au praticien que l'on viendra consulter pour un cas de perte de substance du nez, sera la suivante :

Faut-il pratiquer une intervention chirurgicale ou appliquer un appareil? En d'autres termes : S'agit-il de Rhinoplastie ou de Prothèse nasale?

Mais, avant de pouvoir résoudre cette question, nous croyons utile de rappeler ce que sont les diverses méthodes de Rhinoplastie et de Prothèse nasale. Quand nous connaissons les armes que nous avons à notre disposition, nous pourrons en discuter l'utilité respective.

Nous envisagerons donc les chapitres suivants :

Chapitre I : La Rhinoplastie.

Chapitre II : La Prothèse nasale.

Chapitre III : Rhinoplastie ou Prothèse nasale.

Enfin, dans un IV<sup>e</sup> Chapitre, nous grouperons quelques observations qu'a bien voulu nous communiquer Monsieur le Docteur PONT, auquel nous devons, du reste, le meilleur de cette esquisse et à qui nous tenons à adresser nos plus sincères remerciements.



## CHAPITRE PREMIER

### La Rhinoplastie

---

#### § 1. — DÉFINITION

La Rhinoplastie est une opération chirurgicale consistant à refaire un nez au moyen de matériaux empruntés à notre organisme.

#### § 2. — SON ORIGINE

C'est aux Indous, les premiers, qu'il semble falloir faire remonter la pratique de la réfection chirurgicale du nez. Ils la pratiquaient bien avant qu'on y ait songé dans nos pays d'Europe, et, cela, à des époques reculées. La nécessité de la Rhinoplastie s'explique à cette époque par ce fait que la perte du nez était un des châtiments des plus usités dans ces contrées. C'étaient les prêtres Indous, médecins de cette époque, qui pratiquaient la restauration du nez et parmi eux, ceux qui étaient originaires de la tribu des KOOMAS, mouleurs de terre, fabricants de poterie. Ces potiers se servaient d'argile pour faire adhérer leur greffon cutané à sa surface d'implantation.

En Europe, la Rhinoplastie commence en Sicile au début du XV<sup>e</sup> siècle, avec les BRANCA. Un chirurgien

de Bologne, TAGLIACOZZI, s'inspira des méthodes des BRANCA et émergeilla la 2<sup>e</sup> moitié du XVI<sup>e</sup> siècle par ses opérations de Rhinoplastie qui, à cette époque, semblaient tenir du prodige. A cette époque moyen âgeuse, on utilisait également le procédé de la replantation, qui consistait à appliquer sur la face le nez qui venait d'en être séparé, voir le nez... d'un tiers! Nous ne ferons que signaler ce procédé sur lequel on trouvera des anecdotes fort intéressantes dans l'ouvrage de NÉLATON et OMBREDANNE (20) (1). Il ne semble pas que l'idée de refaire les nez, comme le pratiquaient les BRANCA, puis TAGLIACOZZI, leur soit venue, par l'importation dans leur pays, des méthodes indiennes. Celles-ci ne sont signalées pour la première fois en Europe (Angleterre), qu'en 1794, à la suite de la publication dans un journal de Madras, de la Rhinoplastie exécutée sur un jeune Indou par un indigène de Poonah. En France, LARREY, DUPUYTREN, DELPECH, furent les premiers qui pratiquèrent la restauration du nez par la méthode indienne.

Voilà donc deux foyers très distincts de Rhinoplastie : l'Inde et l'Italie. Ils nous présentent chacun leurs procédés que nous aurons à comparer dans la suite de cette étude. Tous les deux, ils ont une communauté d'origine : la nécessité de remédier à une défiguration relativement fréquente dans les temps anciens. Tant en Italie que dans l'Inde, comme nous le signalions plus haut, la perte du nez était un

(1) Les chiffres intercalés dans le courant de cette étude renvoient à un numéro d'ordre de la bibliographie.

châtiment des plus usités, à en croire VELPEAU, qui raconte que « le pape SIXTE-QUINT infligeait ce châ-timent aux voleurs et aux bélîtres ». Au moyen-âge, les duels, les jugements de Dieu, les rencontres armées, étaient choses fréquentes, ce qui fait com-prendre l'essor que la réfection du nez ait prise à cette époque qui correspond au XVI<sup>e</sup> siècle. Les deux siè-cles qui suivirent virent se perdre quelque peu la pratique de la Rhinoplastie, et il faut attendre le XIX<sup>e</sup> siècle pour voir apparaître en Europe les mé-thodes indiennes.

A partir de cette époque, la chirurgie réparatrice du nez va se développer. Aux deux premières, mé-thodes de l'Inde et de l'Italie, vint s'en adjoindre une troisième, inaugurée par le chirurgien français LAR-REY, d'où son nom de méthode française. Son origine peut être repoussée bien plus loin, puisque on en retrouve trace dans CELSE.

Nous ne ferons que signaler la prétendue méthode allemande qui n'est qu'une variante de la méthode italienne. Elle n'a aucune originalité. Oublions-la.

### § 3. — LES DIVERS PROCÉDÉS DE RHINOPLASTIE

#### a) La Méthode Indienne

a) *Evolution de la méthode.* — Les opérateurs In-dous qui, les premiers songèrent à refaire un nez, s'adressèrent aux moyens les plus simples. Ils allè-rent chercher la peau au plus près, et, pour cela,

s'adressèrent au front qui a une peau assez épaisse pour refaire un appendice nasal. De là naquit la méthode indienne (1). Les Koomas se contentaient de découper un lambeau de peau sur le front, le désinséraient de ses attaches profondes et le rabattaient sur l'emplacement qu'occupait autrefois le nez, après avoir tordu le pédicule qui servait pour ainsi dire de charnière. Ce procédé très rudimentaire s'est maintenu longtemps, et même, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la méthode indienne n'est pas encore admise comme un procédé réellement pratique. ARMAND DESPREZ (4) n'hésite pas à affirmer qu'un nez restauré par la méthode indienne « n'est jamais beau, et quand il n'y a pas de reste de la cloison, le nez s'aplatit rapidement ». Il est évident que si l'on veut refaire le nez uniquement avec de la peau, on n'obtiendra qu'un organe inesthétique et qui, n'étant pas soutenu, s'affaîssera. Pour employer l'expression de DENONVILLIERS, on aura remplacé une infirmité dégoûtante par une infirmité ridicule (3). Il faudra donc reconstituer la charpente nasale pour que le nez refait ressemble à un nez. Cette préoccupation esthétique a une importance considérable. Il faut avoir vu de ces malheureux défigurés, se considérant, à tort ou à raison, comme un objet de répugnance pour leur entourage, que leur lésion rend tristes, nerveux ; il faut surtout avoir constaté les changements profonds apportés dans leur caractère, grâce à une heureuse Rhinoplastie, pour comprendre toute l'importance de la partie esthétique de l'art de refaire les nez.

Les raisons esthétiques ne sont pas les seules à nécessiter la réfection du squelette nasal. Ce dernier a pour but, en plus de son rôle de charpente, d'augmenter la vitesse du courant d'air inspiratoire, grâce à la cloison qui divise le nez en deux compartiments (13).

b) *Le squelette artificiel.* — Lorsque le squelette nasal a disparu, en totalité ou en partie, il faut donc le refaire. Les chirurgiens ont, dans ce but, fait appel à de nombreux procédés que nous diviserons en deux grandes classes :

a) Les procédés anorganiques ;

b) Les procédés organiques.

a) *Les procédés anorganiques.* — Ce sont les armatures de métal, de celluloid, voire des masses de paraffine, rappelant fidèlement le profil du nez. Nous citerons également l'appareil métallique de Cl. MARTIN, dont nous aurons occasion de parler plus longuement lorsque nous passerons en revue les divers procédés de prothèse nasale.

Disons de suite que ces divers tuteurs se comportent pour la plupart en véritables corps étrangers, provoquant même parfois des suppurations et une gêne telle que l'on doit souvent se résoudre à retirer l'appareil.

b) *Procédés organiques.* — Devant le peu de succès des tuteurs anorganiques, les chirurgiens songèrent alors à s'adresser à des tuteurs vivants, et la

première idée qui vint, fut d'enlever du front, en même temps que le lambeau cutané, le futur squelette nasal, qu'on prit à l'os frontal. Ce procédé, dû aux Allemands, n'eut guère de succès en France. Il présente en effet de très gros inconvénients. Même si l'on arrive à découper une baguette entière dans le frontal, sans que celle-ci ne se fragmente, on est fortement gêné par la convexité que présentera la dite baguette, convexité due à la courbure de l'os.

Au lieu d'emprunter au frontal une baguette osseuse, à coups de ciseau et de marteau, on a voulu scier des plaques osseuses dans le même os. Ce procédé n'est pas plus recommandable que le précédent. OMBREDANNE (21), signale l'existence, à ce sujet, de deux observations de pénétration de la scie dans la boîte crânienne comme pour la baguette osseuse, le procédé des plaques offre les mêmes inconvénients.

1° Fragmentation des tuteurs osseux ;

2° Désinsertion des fragments osseux d'avec le périoste qui, sur le frontal à ce niveau, adhère peu à l'os ;

3° Consécutivement, nécrose des esquilles.

Il fallait donc trouver autre chose puisque pas plus les tuteurs anorganiques que les tuteurs organiques osseux n'offraient de sécurité.

La découverte des greffons cartilagineux (von MANGOLD, 1899) fit faire à la Rhinoplastie un progrès considérable. Ce chirurgien appliqua le premier cette technique pour redresser un nez en selle. Les chirurgiens français donnèrent un vigoureux

essor à cette méthode qui semble aujourd'hui le procédé de choix pour réaliser la réfection esthétique du nez.

Le cadre de cette étude nous empêche de nous appesantir sur la technique de l'opération qui est magistralement décrite dans l'ouvrage de Rhinoplastie de NÉLATON et OMBREDANNE. Qu'il nous suffise de rappeler ici qu'elle consiste à emprunter à un cartilage costal (généralement le 8<sup>e</sup>) une baguette de cartilage que l'on met en nourrice sous la peau du front. Quand l'opération rhinoplastique proprement dite à lieu, il suffit de rabattre le lambeau cutané frontal dans lequel se trouve inclus le futur squelette nasal qui s'est, pour ainsi dire, habitué à vivre dans son nouveau milieu.

MORESTIN (17) a poussé plus loin encore le développement de cette méthode de Rhinoplastie. En conservant à la baguette cartilagineuse, qu'on insérera sous le front, une face munie de périchondre, et en tournant cette face vers la profondeur, on remarquera qu'au bout de quelque temps, la peau du front sera soulevée par une saillie dont l'incurvation répondra au côté de la baguette garni de son périchondre. On peut, conclut MORESTIN, prévoir dans une certaine mesure le type et la forme du nez qu'on obtiendra par la suite.

Le procédé à baguette cartilagineuse, comme du reste toute méthode aussi bonne soit-elle, a trouvé ses détracteurs. Elle a ses inconvénients que nous aurons à discuter plus loin. Le plus sérieux que lui a trouvé J. MOLINIÉ (13) est le fait que le soutien

cartilagineux est en équilibre instable. Il ajoute même qu'au lieu de jouer son rôle de tuteur vis-à-vis des parties molles, il se trouve à leur merci, « son équilibre n'étant conservé qu'autant que les forces qui le sollicitent s'exercent avec une égale intensité d'un côté et de l'autre ». Il nous faut avouer que les critiques adressées par le chirurgien lyonnais à une méthode qui a maintenant fait ses preuves, semblent certainement exagérées ; et les nombreux blessés ayant subi des Rhinoplasties par la méthode indienne avec tuteur cartilagineux, conservent un appendice nasal très correct et dont ils sont pleinement satisfaits.

Le tuteur cartilagineux est remplacé, par certains auteurs, dans la méthode indienne à lambeau frontal, par un copeau osseux pris sur le tibia. Cette méthode est inférieure à la précédente car dans le cas de tuteur cartilagineux costal, la taille du fragment de cartilage se fait plus facilement que celle du copeau tibial. Ce dernier exige des conditions de vitalité plus grandes que le nourrisson costal (10).

Signalons enfin une nouvelle méthode que propose J. MOLINIÉ (13). Elle nous paraît quelque peu hardie dans sa conception, et difficilement réalisable. Se basant sur cette idée, que la cloison constitue dans le squelette nasal une partie des plus importantes, comme nous l'avons signalé plus haut, tant pour assurer une stabilité plus grande à la charpente, que pour diriger le courant d'air respiratoire, MOLINIÉ propose d'utiliser, comme charpente osseuse, un greffon pris sur l'apophyse épineuse de l'omoplate,

dont on peut détacher une lame plane, mince et résistante. En même temps qu'on emprunterait à l'omoplate un squelette, on lui emprunterait aussi les parties molles qui ont là une texture adéquate au rôle qu'on leur fera jouer.

Jusqu'ici l'opération semble réalisable. Où surgit la difficulté, c'est quand il s'agit d'aller transplanter ce futur nez de l'épaule à la face. MOLINIÉ lui-même rejette la transplantation pure et simple. Il propose de réunir le greffon à sa région d'origine par un long pédicule qui n'irait pas moins que de l'oreille au bord interne de l'omoplate. Evidemment, là seulement pourrait être la solution. Et le gros reproche que l'on puisse faire à cette méthode, c'est justement cette longueur du pédicule que nécessite l'éloignement de la région du greffon. A notre connaissance, cette opération n'a pas encore été tentée. C'est une raison pour ne pas la condamner sans appel. Il faudra, pour se prononcer, voir l'application de ce procédé qui est, certes, des plus ingénieux.

## **b) La Méthode Italienne**

a) *Evolution de la méthode.* -- En suivant l'histoire de la Rhinoplastie, nous avons vu que l'un des premiers procédés utilisés en Europe vit le jour en Sicile, d'où son nom de méthode italienne. Il consiste à aller prendre sur le bras les parties molles destinées à refaire le nez absent. Après avoir découpé sur le membre le lambeau cutané, on fixe le

bras au-devant de la face au moyen d'un appareil assez compliqué, dans le détail duquel nous n'entrerons pas. Le greffon est fixé à la figure du sujet, qui doit conserver son bras maintenu un temps plus ou moins long, pouvant aller jusqu'à six semaines. Lorsque le greffon est pris, on détache le bras, il n'y a plus qu'à façonner le nez nouveau par des retouches successives.

Par la suite, la méthode des BRANCA, appelée par certains auteurs, méthode de TAGLIACOZZI, subit quelques transformations. Certains s'adressèrent à l'avant-bras, tel ISRAËL. D'autres à la main, comme WREDEN (25).

b) *Le squelette artificiel.* — De même que pour la méthode indienne, nous avons vu qu'il était indispensable d'adjoindre une charpente aux parties molles destinées à refaire un nez nouveau, de même pour la méthode italienne, une armature est indispensable. Pour remplir ce rôle, bien des procédés ont été employés. Nous n'en citerons que quelques-uns, et pour mémoire :

1° *Procédé de KRAUSCH*, qui s'adressait à un orteil qu'il transportait successivement du pied à la main, puis au nez ;

2° *Procédé de WREDEN*, utilisant le second annulaire de la main gauche ;

3° *Procédé de BERGER*, taillant dans un cartilage costal une baguette cartilagineuse qu'il met en nourrice dans le lambeau cutané, comme NÉLATON le propose pour la méthode indienne ;

4° *Procédé de DEPAGE*. Au lieu de s'adresser à un cartilage costal, comme le Professeur BERGER, DEPAGE emprunte au tibia une lamelle osseuse qu'il « plie en toit » (3).

Il nous semble intéressant de signaler un autre procédé qu'a imaginé le Professeur DEPAGE : il reconstitue le squelette du nez, par une Rhinoplastie totale à l'indienne, en empruntant au deuxième orteil du pied gauche le métatarsien et la phalange. Les deux os sciés et modelés sont réunis par un fil d'argent simulant merveilleusement la charpente nasale. Tout comme pour les copeaux de tibia, il place les deux os sous la peau du bras avant de pratiquer la Rhinoplastie.

Tous ces procédés ont ce point de commun que les chirurgiens sont allés chercher la charpente du futur nez dans une région différente de celle qui fournira les parties molles. Ils nécessitent donc tous une période de « mise en nourrice », pour employer l'expression chère au Professeur BERGER. Ceci complique l'intervention en augmentant le nombre des temps opératoires.

Pour remédier à ces inconvénients, on a cherché à trouver sur place charpente et parties molles. ISRAËL (8) innova une méthode qui a conservé son nom et qui consiste à prendre le lambeau cutané à l'avant-bras, en y comprenant une lamelle de cubitus.

Cette méthode, au premier abord, paraît assez séduisante. Elle est plus simple que les méthodes précédemment citées et supprime des temps opéra-

toires. NÉLATON et OMBREDANNE (20) lui font deux gros reproches : le risque d'infection et la nécrose avec élimination consécutive de la greffe cubitale. Ils sont justifiés par la pauvreté en connexion vasculaires du greffon osseux. Le Professeur GROSS (6), de Nancy, trouve exagérées les attaques des chirurgiens parisiens à la méthode d'ISRAËL. Il signale un cas de Rhinoplastie totale par la méthode d'ISRAËL qui, au bout de 3 ans  $\frac{1}{2}$ , présente des résultats très satisfaisants. Il considère le procédé en question comme un perfectionnement à la méthode italienne, ajoutant qu'on peut éviter la nécrose par suite de la mauvaise vascularisation, en opérant avec prudence de façon à conserver au maximum les connexions vasculaires. Ce mode opératoire peut, entre les mains de chirurgiens aussi compétents que le Professeur GROSS, rendre de grands services. Il ne nous paraît néanmoins pas appelé à être généralisé, et nous lui préférons de beaucoup les autres méthodes, et en particulier celle du Professeur BERGER. Nous aurons du reste l'occasion de discuter plus loin les avantages et les inconvénients de ces diverses méthodes, lorsque nous nous poserons la question de savoir à quelle méthode de Rhinoplastie il y a lieu de faire appel.

### c) **La Méthode Française**

La méthode française est un procédé autoplastique par glissement. Au lieu de tailler un lambeau, lié à sa région d'origine par un mince pédicule, on lui

laisse une large base d'implantation, et, grâce à l'élasticité de la peau, on le fait glisser vers la région blessée. Ces lambeaux sont évidemment pris à la face et principalement aux joues. On les prend quelquefois à la lèvre supérieure.

Dans ces conditions, il est facile de comprendre que ce genre de procédé n'est valable que pour les opérations de peu d'importance, mais qu'on ne pourra jamais l'utiliser en cas de perte de substance totale du nez.

#### § 4. — CONDITIONS DE SUCCÈS DE LA RHINOPLASTIE

Pour que les opérations rhinoplastiques réussissent, plusieurs conditions sont nécessaires. Elles doivent nous être connues, car, dans la suite, nous aurons justement à nous baser sur ces conditions pour rejeter tel ou tel procédé.

1° *Vascularisation du pédicule.* — Le lambeau cutané doit être rattaché à la région d'origine par un pédicule pourvu de vaisseaux.

2° *Largeur du lambeau.* — Le lambeau cutané destiné à reconstituer le nez doit être d'une largeur suffisante, car lorsqu'il sera disséqué, il subira une certaine rétraction, d'autant plus grande qu'il sera davantage tirailé. En général, il doit être d'un tiers plus étendu que la partie qu'on voudra recouvrir.

3° *Qualité de la peau.* — Le peau du lambeau doit être saine, et possédant une quantité suffisante de tissu cellulaire.

La présence de cicatrices s'irradiant sur le pourtour de la perte de substance, menace la vitalité du lambeau, surtout lorsque le pédicule doit se trouver dans cette région cicatricielle. Il faut craindre dans ces conditions que, par la suite, le lambeau ne se nécrose. De plus, les cicatrices existant à la surface du lambeau peuvent faire rejeter totalement l'emploi de la peau de cette région. Nous avons surtout en vue les cicatrices consécutives aux blessures par armes à feu, telles que cette guerre nous en a appris à connaître ; mais ce que nous disons à leur sujet s'appliquerait de même à celles laissées par les brûlures.

Une peau amincie par une ulcération est également impropre à la Rhinoplastie et particulièrement les lésions tuberculeuses : le lupus. Il ne faut pas que l'étoffe dont on veut se servir soit menacée par une lésion voisine. Même lorsqu'un lupus voisin semblerait tout-à-fait guéri, il faut être prudent et ne pas faire appel à la région voisine d'une ancienne lésion lupique.

4° *Vitalité des surfaces en contact.* — Les surfaces en contact doivent être saignantes, bien nourries, dépourvues de tissu épithélial pour permettre une bonne coaptation du greffon.

5° *Excision des tissus cicatriciels.* — Les plaies que causent les armes à feu sur la région nasale,

surtout celles dues aux éclats d'obus et de grenade, sont surtout remarquables par la prolifération de tissu cicatriciel qui se produit après leur réparation spontanée. Ces tissus nouvellement formés ont une épaisseur et une adhérence très forte qui ne permet guère de les utiliser comme matériaux de reconstruction. Il est préférable de s'en débarrasser complètement, tout comme un architecte qui aurait une maison démolie à rebâtir commencerait par faire enlever le fatras de matériaux de l'ancien édifice pour employer du nouveau et du neuf. C'est ce qu'on a été appelé à faire journellement dans les centres de chirurgie de restauration de la face, et l'on a vu que, si refaire le nez, au sens propre du mot, était une partie importante de l'opération, en revanche, assurer au préalable la perméabilité des fosses nasales, envahies par le tissu cicatriciel, ne devait pas moins préoccuper le chirurgien. Le traitement esthétique vient après. Cette notion est fort utile à connaître. Le Professeur MOURE (19) fait remarquer que souvent, pendant la guerre, il a eu occasion de voir des blessés qui avaient été « réparés extérieurement dans des conditions convenables, mais chez lesquels les fosses nasales étaient comblées de tissu fibreux cicatriciel qui les rendaient imperméables à l'air ».

J'insiste donc sur ce point : Avant de vouloir refaire un nez à un blessé, il est indispensable de lui assurer une perméabilité complète des fosses nasales. Ce n'est que lorsqu'on aura atteint ce but qu'on passera à la Rhinoplastie proprement dite.

Dans un prochain chapitre, nous discuterons les avantages et les inconvénients des diverses méthodes de Rhinoplastie que nous venons de passer en revue.

## § 5. — ÉTUDE PRÉ-OPÉRATOIRE DES RHINOPLASTIES

Au début de cette étude, nous faisons remarquer que les blessures de la face sont venues au cours de cette dernière guerre exciter la sagacité et l'adresse de nos chirurgiens des centres de restauration maxillo-faciale. Chaque blessé était pour ainsi dire un type spécial de mutilé. Se retrouver dans ce chaos était chose bien difficile. Avant de pratiquer une intervention rhinoplastique, le chirurgien doit donc étudier longuement son sujet pour se rendre un compte exact, tant de la région où il empruntera les lambeaux que de la forme qu'il donnera à ceux-ci. Il faudra, avant de commencer, être sûr de sa technique et, jusqu'à ces temps derniers, l'examen du blessé était le seul procédé utilisé. On ne possédait pas de procédé matériel pour réaliser « à blanc » la Rhinoplastie projetée. C'est au Docteur PONT, de Lyon, que nous devons d'avoir réalisé ce problème.

Le Docteur PONT, avant d'entreprendre une Rhinoplastie, commence par mouler au plâtre la face du blessé. Sur ce moulage, il pratique un surmoulage négatif dans lequel il coule une pâte plastique (1).

(1) Pâte dont nous donnons la composition et la caractéristique au Chapitre IV.

Ainsi se trouve reproduite exactement la face du sujet. C'est sur cette reproduction en pâte que l'on va pouvoir étudier l'opération à entreprendre. On pourra y tailler des lambeaux, les découper, les ajuster comme l'on voudra, et le jour où l'on pratiquera la Rhinoplastie réelle, on n'ira pas à tâtons. La méthode nouvelle du Docteur PONT nous apporte donc un gros bénéfice de temps dans l'opération, et une diminution du nombre des retouches que l'on est toujours obligé de faire, après une Rhinoplastie.

---



## CHAPITRE II

### La Prothèse nasale

---

La prothèse nasale est l'art de refaire artificiellement le nez.

#### § 1. — LES DIVERSES SORTES DE PROTHÈSE NASALE

Suivant que l'appareil destiné à remplacer l'organe absent reste en communication avec le milieu extérieur, ou est enfoui définitivement au sein des tissus vivants, nous aurons affaire à deux grandes variétés de prothèse :

La 1<sup>re</sup> est dite : Prothèse externe ;

La 2<sup>e</sup> : Prothèse interne.

*La Prothèse externe.* — Elle se subdivise elle-même en deux grandes classes (12) :

a) La Prothèse tardive qui se fait un certain temps après que la cicatrisation s'est produite ;

b) La Prothèse immédiate que l'on emploie avant que la blessure n'ait commencé son processus de réparation.

*La Prothèse interne.* — Peut être envisagée de deux façons :

a) Soit qu'elle serve à conduire la régénération osseuse ;

b) Soit qu'elle soit destinée à remplacer l'organe absent. C'est dans ce dernier cas qu'il s'agit surtout de prothèse.

Voilà, un peu sèchement classées, les diverses méthodes de prothèse. Disons de suite qu'en matière de réparation nasale, ce n'est guère qu'à la prothèse externe tardive que l'on s'adressera, et cela pour plusieurs raisons.

D'abord la prothèse sera plutôt externe qu'interne. Nous avons déjà signalé (chap. I) l'appareil de CL. MARTIN qui est un trait d'union entre la Rhinoplastie et la prothèse nasale. Nous en retiendrons surtout que les résultats en sont en général médiocres. Avant qu'en Rhinoplastie on ait découvert le moyen de remplacer le squelette osseux détruit, cette méthode avait sa raison d'être : il fallait donner un support aux parties molles et on s'adressait dans ce but à un appareil de prothèse. Cette méthode mitigée de Rhinoplastie et de prothèse peut se ranger dans la 2<sup>e</sup> catégorie que nous avons établie relativement à la prothèse interne. On s'en sert peu. C'est beaucoup de chose pour rien. Oublions-la. La pro-

thèse interne ne nous servira pas non plus pour guider la régénération osseuse, le massif osseux du nez ne s'y prêtant guère. En résumé : peu de rendement à obtenir avec cette variété de prothèse appliquée à la réparation du nez.

Reste la prothèse externe. — Dans la majorité des cas, pour ne pas dire dans tous, c'est à une prothèse tardive que l'on aura recours, les circonstances ne permettant pas de faire appel à une prothèse immédiate.

C'est donc à celle-ci que nous bornerons notre étude.

## § 2. — LES DIVERS MATÉRIAUX

L'emploi des nez postiches remonte à une époque assez reculée, puisque Ambroise PARÉ en employait en or et en argent. Les années se succédant ont vu utiliser bien des matériaux, nous allons les passer en revue.

Nous distinguerons d'après les matériaux employés pour la fabrication des nez postiches deux grandes variétés de prothèse :

La Prothèse dure ;

La Prothèse molle.

A) *La Prothèse dure.* — Elle se sert d'une foule de matériaux parmi lesquels nous citerons :

1° *Les métaux* qui ont l'inconvénient inhérent

à leur densité. Ils sont lourds, de plus, la peinture y adhère mal ;

2° *Le celluoïd* qui a l'avantage d'être léger, translucide ; mais en revanche, il se déforme trop aisément et il est facilement inflammable. Sa porosité finit par lui faire prendre une odeur désagréable quand il est en contact avec des sécrétions ;

3° *La céramique* fournirait un procédé des plus esthétiques. On obtient ainsi un nez translucide, donnant l'illusion de la vie. Son gros inconvénient est son prix fort élevé. Sa fragilité est également à retenir ;

4° *Le caoutchouc*, dur ou mou, est d'un prix de revient bien inférieur à la céramique. Il est léger et la peinture y adhère bien. C'est à la variété dite en « vulcanite » que l'on s'est adressé dans les centres de restauration maxillo-faciale pour la prothèse nasale des mutilés de guerre.

Tous ces matériaux, aussi parfaits soient-ils, ont tous un inconvénient (à part peut-être la céramique), celui de ne pas être d'une ressemblance absolument identique à celle des nez vivants.

B) *La Prothèse molle*. — C'est elle qui va nous offrir cette qualité. Les prothèses molles appelées encore prothèses plastiques, autrement dit celles faites au moyen d'une substance pâteuse et partant malléable, étaient inconnues jusqu'en 1913. A cette date, un viennois, HENNING, utilisait une méthode plastique pour la construction des nez prothétiques. Un Alle-

mand, WARNEKROS, de Berlin, fit à la Société d'Odontologie de Paris une communication à ce sujet. Néanmoins, la composition de la pâte employée restait inconnue, cette pâte ressemblait comme consistance à de la pâte à polycopier.

Ce sont deux lyonnais, les Docteurs PONT et DUPONT, à qui nous devons d'avoir trouvé la composition de la pâte de HENNING. Après de nombreux tâtonnements, ces auteurs obtinrent une pâte élastique et résistante dont voici la formule : (1)

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Gélatine pure et blanche..... | 20 |
| Colle COIGNET.....            | 5  |
| Glycérine .....               | 62 |
| Eau distillée.....            | 25 |

La pâte est colorée avec les couleurs fines d'aquarelle (ocre jaune et vermillon) de façon à obtenir la couleur de la peau.

Le mode opératoire pour fabriquer un nez postiche est d'une simplicité remarquable (23). On fait au plâtre un moulage de la face. Dans ce moule, on coule de la cire, et on reconstitue à la cire également les parties du nez qui manquent. On moule à son tour cette empreinte de façon à avoir une matrice dans laquelle on n'aura plus qu'à couler la pâte qu'on aura fait fondre au bain-marie. Le nez ainsi obtenu sera collé sur la peau, à l'aide d'une colle

(1) Communication du Dr Pont, faite à la Société d'Odontologie de Lyon. Mai 1914.

spéciale, mélange de mastic, de baume du Canada et d'éther.

Telle est résumée dans ses grandes lignes la méthode du Docteur PONT. Nous avons cru opportun de la signaler, car elle marque un progrès considérable dans l'art de la prothèse appliquée à la restauration du nez. Nous insistons sur la facilité de fabriquer le nez soi-même, une fois que l'on possède le moule et la pâte, facilité telle que le blessé peut renouveler son appareil chaque fois que le besoin s'en fait sentir. Le prix modique de revient de la pâte permet aisément ce renouvellement.

Or, celui-ci est indispensable, car au bout de quelques jours il faut remplacer l'appareil, le nez perd sa couleur et se décolle. C'est un des reproches à faire à cette méthode, comme nous le verrons plus loin. Paul MARTINIER (11) propose, pour y remédier, de coller le nez en pâte gélatineuse sur une charpente en caoutchouc dur, ou en aluminium. Cette charpente sera moulée sur les parties à reconstituer. Nous préférons de beaucoup nous en tenir à la méthode du Docteur PONT qui est d'une simplicité plus grande et qui donnera toujours d'excellents résultats, à condition toutefois de ne pas l'appliquer à tort et à travers, et de choisir judicieusement ceux à qui on l'appliquera.

Fort récemment, ROUSSEAU-DECILLE a proposé de remplacer la solution éthérée de mastic par une solution de dextrine qui a l'avantage de ne pas irriter les tissus.

## CHAPITRE III

### **Rhinoplastie ou Prothèse nasale ?**

---

Après avoir passé en revue les principaux procédés dont nous disposons pour reconstituer l'appendice nasal absent, nous pouvons maintenant étudier dans quel cas se poseront les indications d'une intervention chirurgicale de Rhinoplastie, et ceux qui nous obligeront à nous adresser aux méthodes de prothèse. Il nous faudra également discuter parmi les nombreux procédés ceux qui seront le plus adéquats aux nombreux cas qui peuvent se présenter.

#### **§ 1. — SUPÉRIORITÉ DE LA RHINOPLASTIE**

Nous pouvons poser en principe que chaque fois qu'il en est possible, il faut préférer la Rhinoplastie à la prothèse, et nous ne saurions mieux faire que de citer l'opinion de MM. LANNOIS et SARGNON (10).

« Une Rhinoplastie, même un peu imparfaite au point de vue esthétique, est toujours préférable aux appareils de prothèse les plus parfaits ».

Pourquoi faut-il préférer la Rhinoplastie ?

Pour cette simple raison, que la prothèse, même

la meilleure, n'est jamais que l'adjonction à l'organisme d'un corps étranger qui ne peut jouer le rôle de la partie vivante qu'il y avait auparavant. Un nez ne sert pas seulement à compléter la physionomie d'un individu. Un homme qui aura perdu son nez ne sera pas seulement défiguré, il aura perdu autre chose que son appendice nasal, nous voulons dire les fonctions pour lesquelles ce nez existe. Le nez a pour but, en effet, de diriger le courant d'air inspiratoire, de le ralentir pour lui permettre de s'échauffer, de s'humidifier, d'arrêter les particules de toute espèce qui flottent dans l'atmosphère. L'idéal serait que chacun puisse inspirer uniquement par ses fosses nasales, et l'on sait tous les inconvénients qui résultent des malformations de celles-ci. En plus de ces importantes fonctions de sentinelle avancée des voies respiratoires, notre appendice nasal permet de diriger les particules odoriférantes sur la membrane pituitaire, grâce au courant d'air produit par l'étroitesse du calibre des fosses nasales. Ces dernières, enfin, secrètent une quantité plus ou moins grande de mucosités qu'évacue le conduit nasal. Cette évacuation peut être rendue impossible lorsqu'un appareil prothétique vient séparer les cavités nasales de l'extérieur (11). En plus de cela, si nous considérons le point de vue esthétique, nous voyons qu'en réalité, la meilleure prothèse ne vaut rien, en comparaison d'une Rhinoplastie : un appareil aussi bon soit-il, finit toujours par s'altérer, et il faut pourvoir à son remplacement, ce qui n'est pas toujours facile.

## § 2. — CAS OU LA RHINOPLASTIE DOIT CÉDER LE PAS A LA PROTHÈSE

Mais il est des cas où il y a impossibilité d'avoir recours à la Rhinoplastie, quelque supériorité que celle-ci puisse avoir.

### A) *Contre-indications à la Rhinoplastie :*

1° Quand on a affaire à des lésions bacillaires spécifiques, néoplasiques, ou à des brûlures étendues de la face, il y a souvent impossibilité à s'adresser à une opération sanglante à cause de l'état général du patient, ou de l'état des tissus au milieu desquels on est appelé à travailler ;

2° Quand on est en présence d'une perte énorme de substance de la face, on est souvent dans l'impossibilité de pratiquer quelque Rhinoplastie que ce soit, et il ne faudrait pas qu'on puisse appliquer au chirurgien la fameuse boutade de VERNEUIL : « Le malade était affreux avant l'opération, et maintenant il est ridicule » (22).

3° L'âge du sujet doit aussi faire pencher pour une prothèse plutôt que pour l'opération sanglante moins bien supportée par les gens âgés, leurs téguments peuvent, en outre, ne plus présenter une vitalité suffisante pour permettre l'autoplastie ;

4° Enfin, le goût du patient est quelquefois la plus formelle des contre-indications à la Rhinoplastie. Il est de ces sujets pusillanimes qui appréhendent

toute intervention chirurgicale, aussi légère soit-elle. L'idée qu'on va les « opérer » leur donne le frisson, on ne peut aller contre leur volonté.

B) *Correction d'une Rhinoplastie antérieure.* — Dans ce cas, si on n'avait pas obtenu des résultats esthétiques suffisants, le malade, bien souvent, demandera qu'on lui applique un appareil, ou on ne pourra recommencer une autre Rhinoplastie par le manque de matière première.

C) *Méthode d'attente.* — Avant ou pendant les différentes phases de l'intervention chirurgicale, la prothèse est un adjuvant fort utile. Une Rhinoplastie nécessite de nombreuses retouches, et entre deux, il est humain de permettre à l'opéré de pouvoir vaquer à ses occupations sans être l'objet de la risée, du dégoût, ou de la pitié publique.

### § 3. — QUELLE MÉTHODE DE RHINOPLASTIE CHOISIR ?

Cela dépendra s'il s'agit de Rhinoplasties totales ou de Rhinoplasties partielles.

#### a) **Rhinoplasties totales**

Il est bien entendu que nous n'arrêterons notre choix que sur les méthodes qui pourvoient au remplacement du squelette nasal déficient. Dans le pre-

mier chapitre, nous avons insisté sur ce point, à propos des méthodes indiennes et italiennes, nous n'y reviendrons pas.

a) *La méthode indienne.* — Elle offre de grosses qualités. Elle est d'abord très simple, rapide et sans danger d'infection. Quelle différence pour le malade opéré par la méthode italienne, qui l'oblige à avoir le bras appliqué contre sa face pendant de longues journées ? Cependant, la méthode indienne offre un inconvénient qui a son importance. Les opérés conservent, la plupart du temps, une cicatrice frontale, qui, franchement, n'est pas jolie. Je sais bien qu'elle peut être atténuée considérablement, que l'on peut par des greffes de Thiersch, ou par des massages, ou par l'injection sous-cutanée d'huile créosotée, arriver à la faire disparaître plus ou moins, que MORESTIN (1), par sa méthode de réduction graduelle, est arrivé à n'en laisser que des traces infimes ; tout cela est vrai, mais ce qui est vrai aussi, c'est que bon nombre d'anciens opérés par la méthode indienne conservent, et conserveront toute leur vie une cicatrice frontale. Ils la cacheront en partie par leurs cheveux qu'ils feront descendre plus ou moins bas, mais ils la conserveront tout de même. Le chirurgien doit dire avant de commencer une Rhinoplastie à l'indienne, non pas : « Je n'au-

(1) La méthode de réduction graduelle consiste en excision, puis réunion immédiate à propos de chaque retouche. Morestin, in *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 22 décembre 1915.

rai pas de cicatrices, j'en suis sûr », mais « Je tâcherai d'en avoir une, la moins grande possible ». Là sera la vérité.

Et ce reproche que l'on peut adresser à la méthode indienne a sa valeur, car certains blessés de la face refusent de se laisser « opérer » à l'indienne. Leur état d'esprit se comprend parfaitement. Voilà des gens qui ont déjà eu la figure endommagée, et on vient leur proposer de tailler dans ce qui reste d'intact dans leur physionomie ! Ces blessés craignent d'être davantage défigurés. Il sera difficile, quelle que soit l'autorité de l'opérateur, de leur faire comprendre qu'ils ont tort. Certains d'entre eux auront-ils remarqué la cicatrice frontale d'anciens opérés ? C'est possible. Il est bon, en tous cas, d'avoir ces faits présents à l'esprit, quand on étudie à quel procédé de Rhinoplastie on aura recours ; et nous avons cru intéressant de le signaler.

A côté de cet inconvénient, dont il ne faudrait pas exagérer la portée, la méthode indienne présente des contre-indications très nettes que nous rappellerons brièvement.

Nous avons vu au Chapitre II qu'une des conditions d'une bonne Rhinoplastie est d'avoir une peau saine lorsqu'on veut lui emprunter les parties molles destinées à reconstituer le nez. Il faudra donc rejeter la méthode indienne lorsqu'on sera en présence de cicatrices ou d'ulcérations pouvant compromettre la vitalité du lambeau ou le rendre inesthétique.

b) *La méthode italienne.* — Qualifions-la tout de suite : Pour les Rhinoplasties totales, ce ne peut être qu'un pis-aller. Il ne faut l'utiliser, quand il s'agit de réfections totales ou subtotaux du nez, que lorsque les autres méthodes ne peuvent être employées. Elle présente, en effet, de sérieux inconvénients.

La technique est d'abord plus compliquée que celle de la méthode indienne. Rabattre un lambeau cutané sur la face, comme on le fait par ce dernier procédé est chose autrement plus facile que de réunir le lambeau brachial à la figure dans l'espace étroit laissé à l'opérateur par l'application du bras sur la face. Ce procédé nécessite une dextérité tout autre que le précédent.

La fatigue que subit l'opéré du fait de la fixation du bras à la tête pendant plusieurs semaines est un des plus gros ennuis de la méthode italienne. C'est surtout pendant les chaleurs de l'été que cette position est pénible pour les opérés qui doivent rester la tête et le bras enfouis dans cette carapace plâtrée. Plus l'âge s'avance, plus la méthode devient irréalisable, car il faut compter avec la souplesse des articulations, qui diminue avec l'âge. Alors que chez les enfants, on peut sans trop de peine maintenir le bras contre la face, chez les vieillards il ne faut pas y songer.

Chez certains sujets, il faudra également ne pas la pratiquer. Ce sera lorsqu'on aura affaire à des épileptiques ou à des grands nerveux. Ce sont là des cas un peu exceptionnels, mais qu'il est bon, le cas échéant, d'avoir présents à l'esprit.

De même la gangrène du lambeau par érysipèle devrait faire abandonner cette méthode (1).

Une des dernières critiques à faire à la méthode italienne est l'esthétique défectueuse que l'on obtient souvent. Elle est due à trois causes principales :

1° A la cicatrice généralement indélébile que délimite nettement le lambeau greffé ;

2° A la différence de coloration entre le greffon et les parties avoisinantes. Cette remarque s'applique surtout aux sujets âgés, alors que chez les sujets jeunes elle a une importance moindre.

MORESTIN (15) propose pour l'atténuer le plus possible de s'adresser à la paume de la main où à la région de la commissure du pouce et de l'index plutôt qu'à la peau du bras.

Cette différence de coloration est surtout remarquable quand, pour des raisons que nous indiquerons tout à l'heure, on voudra appliquer la méthode italienne au centre d'une région modifiée par un processus pathologique (en cas de lupus, par exemple). Il y aurait lieu, dans un cas semblable, de faire appel à une prothèse nasale plutôt qu'à une Rhinoplastie ;

3° La peau du bras a une consistance molle qui ne peut donner un nez assez résistant. Avec une semblable étoffe, il sera fort difficile de pratiquer les bourrelets et les épaulements qui donneront à l'organe néo-formé une apparence de réalité. Nous sommes loin avec la méthode italienne de disposer

d'un lambeau dur et ferme comme celui que nous offre la méthode indienne.

En résumé, nous retiendrons comme gros écueil du procédé à lambeau brachial :

- 1° Les difficultés de l'opération ;
- 2° La fatigue de l'opéré (surtout s'il est âgé) ;
- 3° Le manque d'esthétique du nez que l'on aura constitué.

Faut-il donc condamner cette méthode quand il s'agit de Rhinoplasties totales ? — Non, car elle présente des indications et peut, dans certains cas, rendre de grands services :

Ce sera d'abord quand la méthode indienne ne pourra être utilisée (principalement en cas de lupus de la face), JEANSELME a fait remarquer (9) que lorsqu'on prélève un greffon au bras, la lésion n'atteint pas celui-ci, alors même qu'elle récidive tout autour. Ce ne serait en tout cas ici qu'un pis-aller, car, après l'implantation d'un greffon brachial au milieu d'un terrain lupique même si ce greffon n'est pas envahi par le mal, il aura une teinte tellement différente des régions voisines que le résultat ne sera guère esthétique. Il y a là discussion entre la méthode à l'italienne et une prothèse. Toutefois, il ne faudra se décider pour cette dernière que si la lésion est avancée, car, comme nous le rappelions au début de ce chapitre, mieux vaut une Rhinoplastie, même imparfaite au point de vue esthétique, qu'un appareil de prothèse idéal.

Rappelons également comme indication de la méthode italienne, la peur du blessé à se laisser opérer par la méthode indienne. Il faudra, dans certains cas, que le chirurgien, malgré tout son art et la confiance qu'il inspire, passe par la volonté de son malade et qu'il abandonne le procédé indien.

c) *La méthode française* ne peut être envisagée en ce qui concerne les Rhinoplasties totales, car elle exposerait à des délabrements disproportionnés avec ceux que l'on veut réparer.

Pour nous résumer en ce qui concerne les Rhinoplasties totales, nous dirons que la méthode indienne doit être préconisée avant tout. Au cas où elle serait inapplicable, c'est à la méthode italienne qu'il faudrait avoir recours, mais seulement dans ce cas.

### **b) Les Rhinoplasties partielles**

Nous ne disposons, somme toute, que d'un nombre restreint de méthodes quand il s'agit de réfections totales du nez, mais lorsque nous avons affaire à des rhinoplasties partielles, les procédés deviennent multiples. Ce qui devra nous guider dans le choix de ces méthodes, c'est la préoccupation constante d'établir un juste équilibre entre la gravité de l'intervention et celle de la lésion. Dans les paragraphes qui précédaient, nous avons en vue les rhinoplasties totales, cela veut dire la restauration complète du nez, mais non pas tant le nez en tant qu'or-

nement de la face, que le nez physiologique. L'esthétique passait un peu au second plan. Ici nous n'aurons à nous occuper que de pertes légères de l'appendice nasal et ce qui nous préoccupera surtout ce seront les préoccupations d'ordre esthétique. Nous envisagerons les régions nasales les unes après les autres indiquant pour chacune d'elle la méthode qui semble le mieux convenir, et nous terminerons en jetant un coup d'œil d'ensemble sur les rhinoplasties partielles.

a) *Dos et versant du nez.* — Il faut distinguer les cas où il n'y a pas de perforation de ceux où il en existe une. Dans la première hypothèse, l'opération sera des plus simples : on appliquera des greffes de THIERSCH.

S'il y a une perforation, la conduite à tenir va varier avec l'importance de celle-ci. On pratiquera une simple suture pour les cas légers. Dans les cas plus importants, ce sera la méthode française par glissement qu'on utilisera. Mais si on a affaire à une perforation assez grande, il y aura avantage à recourir à une méthode indienne, car la méthode française donnerait lieu à un emprunt trop considérable de peau.

b) *Aile du nez.* — La méthode indienne à lambeau frontal est ici à rejeter. C'est une grosse opération pour relativement peu de chose. On pourrait tenter une opération indienne à lambeau jugal, mais cette opération risque de laisser une cicatrice à la figure.

Le professeur BERGER insiste à juste titre (1) sur les inconvénients de la méthode indienne chez les jeunes sujets, chez qui, dit-il, « il importe avant tout de ménager l'intégrité de tout ce qui est resté intact à la face. »

La méthode française à lambeaux géniens nous offre, comme la précédente les mêmes avantages et les mêmes inconvénients. Celle à lambeau labial supérieur est, la plupart du temps, impraticable chez l'homme adulte par suite de la moustache. On l'utiliserait avec beaucoup de bénéfice chez l'enfant et chez la femme.

Par contre, il y a deux cas, ainsi que le fait remarquer le Professeur GROS (7) où la méthode française à lambeaux géniens est inapplicable à la restauration des ailes du nez :

1° C'est lorsqu'il reste une partie de ces ailes. Dans ces cas, en effet, le lambeau génien devrait être transplanté au-dessus de ce qui resterait ;

2° C'est ensuite dans les cas où la joue est lésée concomitamment avec le nez.

La méthode italienne semble celle qui, ici, paraît donner les meilleurs résultats — à condition d'avoir affaire à un sujet jeune. Chez lui, en effet, la cicatrice et la différence de coloration qu'on note chez l'adulte entre le greffon cutané et le reste du nez, se font à peine sentir. La méthode italienne ne laissera aucune cicatrice à la face commè on peut le noter quelquefois dans les procédés à la française. Mais ici, plus encore que pour les Rhinoplasties to-

tales, les inconvénients de la méthode italienne vont se faire sentir.

Nous concluons en disant que lorsqu'on aura affaire à un sujet présentant des joues bien fournies et qui sera ni trop jeune, ni trop vieux, il faudra s'adresser à la méthode française à lambeau génien — si c'est un mâle. Si c'est une femme ou un garçonnet, on pourra prendre le lambeau à la lèvre supérieure. Lorsque le trop jeune âge du sujet offrira une peau de la face trop fragile, mieux vaudra s'adresser à la méthode italienne.

c) *Lobule du nez.* — Dans les pertes de substance minimales, on appliquera des greffes de Thiersch comme pour le dos et le versant du nez.

Pour les pertes de substance étendues, ce que nous venons de dire relativement aux ailes du nez s'applique ici.

d) *Sous cloison et avvent nasal.* — Les destructions localisées à la sous-cloison seule sont tellement rares que nous ne ferons que de les signaler.

Bien plus importantes sont celles localisées à l'avvent nasal. C'est ainsi que CABOCHÉ (2) définit : « La partie cartilagineuse, souple et mobile du nez que circonscrivent les apophyses frontales des maxillaires supérieurs et les os propres du nez et que soutiennent le bord antérieur et le bord inférieur du cartilage quadrangulaire (cloison et sous-cloison), partie cartilagineuse sous laquelle s'enfoncent les orifices narinaux, et qui forme en bas les lobules ».

En d'autres termes, et d'une façon un peu plus grossière, nous dirons que l'auvent nasal embrasse toute cette partie du nez qu'on peut mobiliser facilement en la serrant entre le pouce et l'index. L'étude des méthodes de restauration qui s'appliquent à tout cet ensemble, a déjà été faite pour chacune des parties constituantes. Ce qu'il faut bien noter ici, c'est l'importance qu'il y a à reconstituer le squelette. Nous frisons ici la Rhinoplastie totale, et, de fait, si les dégâts sont un peu étendus, si tout l'auvent est détruit, et si « la mutilation évoque le nez squelettique, le nez de la camarde » (2) il y aura intérêt à se comporter comme dans le cas de destruction totale.

Si les lésions sont moindres, on pourrait appliquer la septotomie par transfixation du septum nasal, comme la préconisent CABOCHE et SÉBILLEAU. Résumée en quelques mots, elle consiste à tailler un volet par transfixation dans ce qui reste du septum. On donne à ce volet la forme d'un triangle rectangle, puis on le rabat en avant en prenant comme charnière un des angles du triangle que l'on aura découpé. Les auteurs précités terminent en appliquant de chaque côté du volet rabattu, deux lambeaux cutanés rectangulaires et symétriques, taillés dans les joues et suturés sur la ligne médiane.

Cette méthode est à retenir ; elle est ingénieuse et évite dans les délabrements un peu étendus de l'auvent une opération, somme toute plus compliquée comme celles que l'on emploie dans les Rhinoplasties totales ; mais, encore une fois, elle ne peut s'ap-

pliquer qu'à des cas légers, ceux où une petite partie seulement de la sous-cloison aurait disparu.

CABOCHE et SEBILLEAU voudraient appliquer leur méthode à des lésions plus étendues, puisqu'ils proposent qu'au cas où toute la sous-cloison aurait disparu, de tailler un volet dans le vomer. Dans une semblable lésion, le procédé de la taille du volet deviendrait beaucoup plus difficile, et comme c'est à une grosse lésion que l'on aurait affaire, nous serions ramenés au cas des pertes sub-totales qui sont du ressort des Rhinoplasties totales.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil d'ensemble sur les Rhinoplasties partielles, nous constaterons que pour les pertes de substance légères, c'est aux greffes de THIERSCH que nous ferons appel. En ce qui concerne les pertes de substance un peu plus étendues, chaque fois que nous le pourrons, c'est à la méthode française que nous nous adresserons. A défaut de celle-ci, le procédé italien nous apportera son secours. Enfin, dès que les lésions seront plus étendues, et que la charpente nasale aura disparue, une septotomie à la CABOCHE, et dans les cas plus important, une Rhinoplastie totale devront s'imposer.

#### § 4. — QUELLE MÉTHODE DE PROTHÈSE CHOISIR ?

Nous avons à hésiter entre les deux grands procédés que nous avons signalés au quatrième chapitre de cette étude : Prothèse molle ou Prothèse dure.

La première nous offre de gros avantages. C'est d'abord la simplicité d'adaptation de l'appareil à la face. Pas besoin de lunettes, de crochets, ou de pièces plus ou moins compliquées, comme avec les appareils de prothèse dure. Un peu de la colle au mastic et au baume du Canada, et l'appareil est fixé de suite.

Le résultat obtenu est d'une esthétique parfaite en tant qu'aspect, forme et consistance. Le nez en pâte gélatineuse joue le nez vivant à s'y méprendre.

Malheureusement, il n'est pas exempt de tous reproches. Au bout de quelques jours, il se décolore et se décolle, il faut le changer. Cette nécessité de le remplacer fréquemment est le plus gros défaut qu'on puisse lui trouver. Il est sérieux. Il faut avouer que des gens très soigneux et qui peuvent y consacrer le temps nécessaire, arrivent facilement à couler à l'avance le nombre de nez dont ils auront besoin. Mais, pour bon nombre de blessés qui sont astreints à de rudes travaux et sont assez négligents quand il s'agit d'eux-mêmes, comment arriver à imposer la réfection fréquente de l'appareil ? Ils ne le feront pas, ou s'ils le font, ce sera au début, puis, peu à peu, ils délaisseront cette habitude et viendront demander autre chose, préférant un nez moins esthétique, un nez que (pour employer l'expression de RUPPE (24) « on place et l'on retire comme un chapeau ».

Un autre reproche que l'on peut adresser à la méthode plastique, porte sur son décollement facile. Il faut reconnaître que cette critique a une importance réelle. N'en arguons pas toutefois pour rejeter

le procédé de HENNING ; le nez restant fixé à la face un temps suffisamment long pour ne pas incommoder son porteur trop fréquemment par son décollement.

La qualité du tissu sur lequel on appliquera l'appareil doit nous guider dans l'emploi d'un nez en pâte gélatineuse. Nous en tirerons deux principales contre-indications à cette méthode : La présence de tissus cicatriciels, ou de tissus non encore complètement épidermisés. En effet, la prothèse molle prive d'air la surface sur laquelle on l'implante, et il faut avoir affaire à des tissus sains pour pouvoir l'utiliser. En plus, dans les cas de tissus non épidermisés, on peut craindre leur macération.

Une troisième contre-indication nous est fournie par les troubles de l'excrétion lacrymale. Les voies lacrymales peuvent être oblitérées, détruites ; les paupières inférieures déviées par des brides cicatricielles. Dans tous ces cas, les larmes s'écouleront sur la plaie nasale, et, de ce fait, empêcheront la fixation de l'appareil au moyen de vernis.

Signalons enfin les accumulations de mucosités derrière l'appareil. Elles peuvent, si elles sont trop abondantes, faire abandonner la méthode, le malade étant dans l'impossibilité totale de les faire disparaître.

Jetons à présent un coup d'œil sur les prothèses dures. Il nous faut un appareil qui soit à la fois : solide, léger, esthétique. Disons-le tout de suite ; il n'y en a aucun qui remplisse à la fois ces trois conditions.

Le plus esthétique de tous est l'appareil en cérami-

que. Mais il est lourd et fragile. Son prix de revient est très élevé. Nous le conseillerons à la rigueur pour la clientèle riche, qui peut y mettre le prix, et qui n'est pas appelée à faire des travaux de force.

Nous avons ensuite les prothèses en caoutchouc et parmi elles, celles en vulcanite. Elles remplissent deux des conditions premières que nous avons signalées : solidité et légèreté à la fois. L'esthétique, malheureusement, laisse un peu à désirer, en comparaison des nez en céramique. De plus, il faut les repeindre de temps à autre. Néanmoins, pour un travailleur, c'est à ce genre d'appareil qu'il faut s'adresser. Il n'aura pas toujours peur de le casser et pourra se livrer sans crainte à ses occupations. A cause de la modicité de son prix, et pour les raisons que nous venons de donner, c'est le modèle courant adopté par l'armée et dont les centres de restauration maxillo-faciale ont doté la plupart de leurs blessés.

Et maintenant, mettons en parallèle ces deux méthodes de prothèse — la prothèse molle et la prothèse dure. Laquelle des deux emportera nos suffrages ?

Les deux à la fois. Comme il nous est impossible par la prothèse dure d'obtenir à la fois un appareil solide, léger et réellement esthétique, il faudra s'arrêter à une double prothèse : une « prothèse esthétique » et une « prothèse de travail » pour employer l'expression du Docteur Pont.

On aura donc le nez de repos, en pâte molle, dans tous les cas où il pourra être appliqué, et le nez de travail en vulcanite.

## CHAPITRE IV

### Observations

---

#### I

J. S..., blessé, le 16 mai 1916, par éclat d'obus. Vaste plaie de la face par éclat d'obus. Eclatement du squelette nasal avec perte de substance de la cloison, du vomer, des os propres, des cartilages, de l'aile du nez et de la narine droite ; ouverture des sinus maxillaires à droite et à gauche. Les maxillaires supérieurs semblent détachés de leur attache au massif facial.

Entré, le 20 mai 1916, dans le service du Docteur Pont, Hôp. Compl. n° 9, à Lyon.

*Opérations effectuées* : Rhinoplastie à l'Indienne avec greffon cartilagineux.

20 octobre 1916. — Sous anesthésie générale, prélèvement d'un greffon costal cartilagineux aux dépens de la VIII<sup>e</sup> côte, à droite. Mise en nourrice du greffon sous la peau du front, de façon à constituer la charpente du nez.

3 novembre 1916. — L'extrémité du greffon n'est pas entièrement recouverte par la peau frontale. Très légère suppuration locale. Pas de réaction thoracique.

21 février 1917. — Rhinoplastie totale à l'Indienne.

1° Oblitération des fistules naso-jugales, à droite et à gauche. Pose de deux drains dans chaque narine pour en conserver la perméabilité.

2° Taille d'un lambeau frontal contenant le greffon, qui après rabattement, est suturé au lobule et à la joue.

Tamponnement à l'eau oxygénée de la plaie frontale. Pansement sec.

11 mars 1917. — Poussée de température faisant craindre une poussée d'érysipèle chirurgicale. Les lavages au permanganate de potasse, répétés toutes les deux heures et le drainage complet de la région nasale amènent une amélioration très sensible.

18 mars 1917. — La température est redevenue normale.

6 juin 1917. — Fermeture des fistules naso-jugales, à droite et à gauche, par dissection des bords de la fistule et retournement des petits lambeaux, face orientée en-dehors.

Autoplastie de la perte de substance frontale.

Modelage du nez.

17 juin 1917. — Retouches successives pour amener le nez à son état définitif, fermer les fistules naso-jugales.

## II

P. T... (4), blessé, le 22 avril 1916, par éclat d'obus. Perte de substance et affaissement de la face dorsale du nez avec fracture comminutive des os propres.

*Opérations effectuées :*

9 août 1916. — Greffe cartilagineuse, sous la peau du front.

11 octobre 1916. — Rhinoplastie Indienne avec tuteur cartilagineux :

1° Abaissement du lobule du nez.

2° Taille d'un lambeau frontal contenant le greffon qui est rabattu sur la face dorsale et suturé au lobule.

24 novembre 1916. — Retouche du pédicule frontal. Incision du bourrelet frontal. Réfection de la rainure du nez.

## III

J.-B. R..., blessé, le 18 mai 1916, par éclat d'obus. Fracture de la cloison nasale, avec perte de la région dorsale du nez. Plaie de la région frontale gauche et de la partie moyenne gauche de la région massétéline ; sec-

tion de la lèvre supérieure ; fracture du maxillaire supérieur.

Entré, le 21 mai 1916 au Centre de Stomatologie de Lyon (service du Docteur PONT).

*Opérations effectuées :*

Désinfection des fosses nasales et de la cavité buccale. Dilatation des narines par des drains.

1<sup>er</sup> septembre 1916. — Greffe cartilagineuse sous la peau du front, à droite.

24 novembre 1916. — Rhinoplastie à l'Indienne :

1° Abaissement du lobule du nez.

2° Taille d'un lambeau frontal contenant le greffon. Rabattement sur la face dorsale du nez. Suture.

26 février 1917. — Retouche du pédicule. Excision du bourrelet cutané.

IV

F. G..., blessé, le 28 septembre 1915, par éclat d'obus. Plaie du lobule du nez avec perte de substance comprenant toute la partie cartilagineuse.

Entré, le 14 octobre 1915, dans le service du Docteur PONT.

*Opérations effectuées :*

9 janvier 1916. — Essai d'une méthode Italienne. Le

blessé ne supporte pas le port de l'appareil d'immobilisation.

13 janvier 1916. — Force en est de préparer une Rhinoplastie à l'Indienne.

Sous anesthésie générale, section de la partie moyenne et antérieure du nez, de façon à le faire descendre. On sectionne ensuite dans son milieu la cloison nasale, et on rabat chaque partie contre la partie moyenne abaissée, de façon, en suturant avec des fils de soie, à former l'ouverture des fosses nasales.

Taille d'un lambeau cutané à la face antérieure du front. Rabattement du lambeau. Suture à la plaie nasale.

Fermeture de la plaie frontale.

29 février 1916. — Retouches.

## V (15)

P. H..., blessé, le 1<sup>er</sup> novembre 1914, par éclat d'obus.

Destruction du lobule du nez. Blessures graves à l'avant-bras droit ayant nécessité une amputation ultérieure de cet avant-bras.

### *Opérations effectuées :*

9 décembre 1915. — Rhinoplastie à l'Italienne (lambeau brachial).

Grefte nasale d'un lambeau pris à la face antéro-interne du bras droit.

24 décembre 1915. — Section du pédicule. Restauration du lobule nasal.

Il persiste une différence de coloration entre le lobule néo-formé et le reste du nez.

## VI (18)

O. D..., blessé, le 5 mai 1916, par éclat d'obus. Perte du lobule du nez, de la partie antérieure de la sous-cloison et des portions adjacentes du contour narinaire.

### *Opérations effectuées :*

Rhinoplastie Italienne (aux dépens des téguments de la paume de la main gauche).

2 septembre 1916. — Section des adhérences cicatricielles permettant de rouvrir les narines.

30 septembre 1916. — Pose d'un appareil plâtré appliquant le nez entre le pouce et l'index de la main gauche.

Avivement du pourtour de la perte de substance nasale. Taille du lambeau palmaire qui est fixé à la plaie nasale.

Les jours suivants : désinfection minutieuse de la paume de la main et des narines.

20 décembre 1916. — Section du pédicule.

1<sup>er</sup> et 2 janvier 1917. — Retouches.

N. B. — La coloration des parties nouvellement formées ne tranche pas sur le reste du nez.

VII (14)

E. L..., blessé, le 1<sup>er</sup> septembre 1914, par éclat d'obus.  
Destruction de la racine du nez avec perte du squelette.

*Opérations effectuées :*

Suture et greffe d'un cartilage costal.

6 octobre 1915. — Extirpation des cicatrices de la racine du nez. Suture des deux lèvres de la plaie suivant une ligne transversale.

17 novembre 1915. — Mise en place, sous les téguments de la racine, d'un fragment cunéiforme de cartilage costal.

. VIII (16)

A. B..., blessé, le 31 octobre 1914, par éclat d'obus.  
Destruction des ailes et du lobule du nez.

*Opérations effectuées :*

Rhinoplastie Indienne à lambeau nasal.

25 mars 1916. — Excision du tissu cicatriciel.

Taille de deux grands lambeaux rectangulaires sur les côtés du nez.

Abaissement des deux lambeaux suturés sur la ligne médiane avec inclusion d'un fragment de cartilage costal.

IX (5)

S..., épithélioma de l'aile gauche du nez, de la grosseur d'une grosse noisette, ayant débuté 20 ans auparavant.

*Opérations effectuées :*

17 octobre 1900. — Ablation de la tumeur avec résection du cartilage envahi.

Taille d'un lambeau naso-génien, lambeau assez étroit dont le pédicule est obligé de subir une torsion prononcée. La plaie du sillon naso-génien est approchée par 3 points de suture.

X (24)

P. C... Ancienne rhinoplastie par la méthode Indienne faite en 1911 sur charpente métallique, suivie d'élimination spontanée de la charpente par suppuration des tissus voisins.

Application d'une prothèse en pâte plastique, par le Docteur PONT.

XI (24)

Ch..., blessé, le 20 octobre 1914, par balle. Perte de substance totale du nez et de la moitié gauche de la lèvre supérieure.

Subit, en captivité une Rhinoplastie faite, à Cologne, à l'aide d'un lambeau frontal médian à greffe tibiale. Autoplastie de la lèvre supérieure.

Rapatrié, le 19 mai 1916. Evacué sur le Centre de Stomatologie de Lyon. La Rhinoplastie faite en Allemagne n'ayant pas donné de résultats esthétiques satisfaisants, et le blessé ne voulant pas se prêter à d'autres interventions chirurgicales, institution d'une méthode de prothèse.

XII

J. R..., blessé, le 6 octobre 1915, par éclat de grenade. Perte de substance complète du nez. Rhinoplastie faite en Allemagne, par la méthode Italienne. Un greffon costal a été placé dans le biceps du bras gauche ; le blessé est resté trois semaines le membre attaché à la face. Le greffon a été enlevé en Suisse.

Entré dans le service du Docteur PONT, le 19 juillet 1917. On constate une fracture comminutive des os propres du nez avec affaissement de la face dorsale.

Les narines sont complètement obstruées par du tissu cicatriciel.

*Opérations effectuées :*

24 août 1917. — Prélèvement d'un greffon costal à droite aux dépens de la IX<sup>e</sup> côte. Mise en nourrice sous la peau du front.

On confectionne ensuite un nez en pâte molle, pour permettre au blessé d'attendre la Rhinoplastie.

27 décembre 1917. — Rhinoplastie à l'Indienne.

22 juillet 1918. — Retouches de Rhinoplastie ; raccordement de la sous-cloison.

19 février 1919. — Retouches de Rhinoplastie.

16 avril 1919. — Dernières retouches.

---

## CONCLUSIONS

---

Nous pouvons maintenant répondre à la question que nous nous étions posée au début de cette étude.

Quand nous serons en présence d'un malade porteur d'une perte de substance du nez, que lui conseillerons-nous ?

Avant tout, une Rhinoplastie ; et il n'y aura que trois cas bien précis où il faudra songer à la prothèse :

1° Lorsque la Rhinoplastie sera contre indiquée :

- a) par des lésions spécifiques, bacillaires, néoplasiques ;
- b) Par des pertes de substance énormes de la face ;
- c) Par l'âge du sujet ;
- d) Par son goût personnel.

2° Lorsqu'une Rhinoplastie antérieure n'aura pas donné de résultats esthétiques suffisants, ce qui se voyait presque constamment avec les anciennes méthodes ;

3° En attendant que les différents temps de la Rhinoplastie soient terminés. C'est la prothèse temporaire ou prothèse d'attente. Nous conseillerions dans ce cas à notre malade de s'adresser à la double méthode de prothèse : prothèse de travail, prothèse de repos ;

Mais ce que nous devons également retenir, c'est que le chirurgien et le prothésiste ne sont pas deux individualités qui s'excluent l'une l'autre. Au contraire, ils doivent collaborer étroitement sur le terrain que nous avons essayé de délimiter au cours de cette étude.

*Vu :*

LE DOYEN,  
L. HUGOUNENQ

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
COLLET.

*Vu et permis d'imprimer :*

Lyon, le 17 Mars 1920.

LE RECTEUR,  
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
JOUBIN.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. BERGER. — *La méthode Italienne*, Cong. fr. Chir., 6 oct. 1903.
2. CABOCHE. — *Mutilation de l'auvent nasal par traumatisme de guerre ; restauration maxillo-faciale*, 1917.
3. DEPAGE. — *Perte totale ou sub-totale du nez*, Cong. fr. Chir., oct. 1903.
4. DESPREZ. — *Rhinoplastie*, in dict. méd. de Jaccoud.
5. DUVERNOY. — *Des rhinoplasties partielles*. Thèse de Paris. Boyer, 1901.
6. GROSS. — *Rhinoplastie totale par la méthode Italienne avec lambeau ostéo-tégumentaire antibrachial*, Cong. fr. de Chir., oct. 1903.
7. GROS. — *Bulletins et mem. de la Soc. de Chir. de Paris*, 17 novembre 1913.
8. ISRAËL. — *Totale Rhinoplastik mittelst eines Hautknochenlappens aus dem Vorderarm*. Arc. et kl. Chir. t. LII, 189. 260 C. R. in Cong fr. Chir., 6 oct. 1903 (Berger).
9. JEANSELME. — *Traitement du loupus*. Cong. Paris sur la tuberculose, 1903.
10. LANNOIS et SARGNON. — *Lyon Médical*, 1916.
11. MARTINIER. — Cong. dent. interalliés.
12. MARTINIER et LEMERLE. — *Prothèse restauratrice bucco-faciale*. (Baillière, édit.).
13. MOLINIÉ. — *Lyon Médical*, sept. 1919.
14. MORESTIN. — *Bulletin et mem. Soc. Chir. Paris*, 29 mars 1916.
15. MORESTIN. — *Bulletin et mem. Soc. Chir. Paris*, 10 mai 1916.
16. MORESTIN. — *Bulletin et mem. Soc. Chir. Paris*, 7 juin 1916.
17. MORESTIN. — *Bulletin et mem. Soc. Chir. Paris*, 12 juillet 1916.
18. MORESTIN. — *Bulletin et mem. Soc. Chir. Paris*, 28 février 1917.

19. MOURE. — *Contribution à l'étude de la Rhinoplastie. Restaur. max. fac., 1917.*
  20. NÉLATON et OMBREDANNE. — *La Rhinoplastie* (Steinheil, édit.).
  21. OMBREDANNE. — *Chirurgie de la face.* Cong. fr. de Chir. octobre 1905.
  22. PONT. — Communication à la Société Médico-Chirurgicale Militaire de la XIV<sup>e</sup> région. Séance du 6 mars 1917. C. R. in *Lyon Médical*, nov. 1917.
  23. PONT. — *Lyon Médical*, août 1914.
  24. PONT. — *Lyon Médical*, nov. 1917.
  25. RUPPÉ. — Cong. dent. interalliés.
  26. WREDEN. — Rhinoplastik aus dem Finger. *Russki Wratsch*, 1902, n<sup>o</sup> 19, referé in Zent. Cl. f. chir. 1902. C. R. in Cong. fr. chir., 8 oct. 1905 (BERGER).
-

# TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION . . . . .                                                     | 9  |
| CHAPITRE PREMIER. — LA RHINOPLASTIE.                                       |    |
| § 1. — Définition . . . . .                                                | 13 |
| § 2. — Son origine . . . . .                                               | 13 |
| § 3. — Les divers procédés de Rhinoplastie :                               |    |
| Méthode Indienne . . . . .                                                 | 15 |
| Méthode Italienne . . . . .                                                | 21 |
| Méthode Française . . . . .                                                | 24 |
| § 4. — Conditions de succès de la Rhinoplastie . .                         | 25 |
| § 5. — Etude pré-opératoire des Rhinoplasties . .                          | 28 |
| CHAPITRE II. — LA PROTHÈSE NASALE.                                         |    |
| § 1. — Les diverses sortes de Prothèse . . . . .                           | 31 |
| § 2. — Les divers matériaux : La Prothèse dure. .                          | 33 |
| La Prothèse molle . . . . .                                                | 34 |
| CHAPITRE III. — RHINOPLASTIE OU PROTHÈSE NASALE ?                          |    |
| § 1. — Supériorités de la Rhinoplastie . . . . .                           | 37 |
| § 2. — Cas où la Rhinoplastie doit céder le pas à la<br>Prothèse . . . . . | 39 |
| § 3. — Quelle méthode de Rhinoplastie choisir :                            |    |
| Rhinoplasties totales :                                                    |    |
| La Méthode Indienne . . . . .                                              | 41 |
| La Méthode Italienne . . . . .                                             | 43 |
| La Méthode Française . . . . .                                             | 46 |
| Rhinoplasties partielles :                                                 |    |
| Dos et versant du nez . . . . .                                            | 47 |
| Aile du nez . . . . .                                                      | 47 |
| Lobule du nez . . . . .                                                    | 49 |
| Sous cloison et au vent nasal . . . . .                                    | 49 |
| § 4. — Quelle méthode de Prothèse choisir. . . . .                         | 51 |
| CHAPITRE IV. — OBSERVATIONS . . . . .                                      | 55 |
| CONCLUSIONS. . . . .                                                       | 65 |
| BIBLIOGRAPHIE . . . . .                                                    | 67 |



---

DUCROS & LOMBARD - VALENCE

---





